·论著·基层卫生服务工作研究·

# 我国基层医疗诊断编码实施现况与优化策略

周英达[1]，瞿怡倩[1]，李笑飞[1]，卓书雄[2]，杨郗[2]，金花[3, 4]，于德华[3, 4*]

1.200333 上海市普陀区真如镇街道社区卫生服务中心
2.200125 上海市浦东新区南码头社区卫生服务中心
3.200090 上海市，同济大学附属杨浦医院全科医学科 同济大学医学院全科医学研究中心
4.200090 上海市全科医学与社区卫生发展研究中心
*通信作者：于德华，主任医师/博士生导师；E-mail：ydh1404@sina.com

【摘要】 随着基层医药卫生体制改革的不断深化，基层卫生信息标准化建设愈发被重视。基层医疗诊断编码作为基层卫生信息化建设的重要环节，在提高基层医疗管理效率、促进基层医疗质量控制、有效收集基层医疗数据等方面都起着至关重要的作用。但我国长期以来沿用综合性医院使用的疾病分类作为基层医疗诊断编码使用，不仅导致基层医疗诊断不规范、无法统计的混乱状态，更可能造成基层医疗收集、记录、分析的数据出现缺失和误差。本文通过梳理国内外基层医疗诊断编码发展的历史沿革，指出当前我国基层医疗诊断编码所面临的 5 个主要问题：各方对基层医疗诊断编码的重视程度不足、缺乏统一的基层医疗诊断编码导致我国基层医疗功能与质量发展受限、我国基层医疗诊断编码与何种国际基层分类匹配存在分歧、基层医疗诊断编码本土化面临的诸多挑战以及我国缺乏评价与优化基层医疗诊断编码的人才与工具。并在此基础上，结合国外基层医疗诊断编码的发展过程，提出我国各方应重视基层医疗诊断编码的发展，在进一步推动基层医疗信息建设与国际接轨的同时，基于目前试行的 ICD-11 与 ICPC-3 分类尽快制定全国统一的基层医疗诊断编码标准，并通过建立健全的基层医疗诊断编码人才培养体系，为我国基层医疗诊断编码的进一步实施和优化提供保障。

【关键词】 临床编码；诊断编码；基层医疗；国际疾病分类法；疾病分类；信息标准化建设；卫生服务管理
【中图分类号】 R 197.323 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0401

## Implementation Status and Optimization Strategy of Primary Care Diagnostic Coding in China

*ZHOU Yingda*[1]，*QU Yiqian*[1]，*LI Xiaofei*[1]，*ZHUO Shuxiong*[2]，*YANG Xi*[2]，*JIN Hua*[3, 4]，*YU Dehua*[3, 4*]
*1.The community health service center of Zhenru Town，Putuo District，Shanghai 200333，China*
*2.South Wharf Community Health Service Center，Pudong New Area，Shanghai 200125，China*
*3.Department of General Practice，Research Center for General Practice，Yangpu Hospital，School of Medicine，Tongji University，Shanghai 200090，China*
*4.Shanghai General Practice and Community Health Development Research Center，Shanghai 200090，China*
**Corresponding author：YU Dehua，Chief physician/Doctoral supervisor；E-mail：ydh1404@sina.com*

【Abstract】 With the continuous deepening of the reform of the primary care and health system，the standardization of primary health information has received more and more attention. As an important part of the construction of primary health information，primary care diagnostic coding plays an important role in improving the efficiency of primary care management，promoting the quality control of primary care，and effectively collecting primary care data. However，China has used the disease classification of general hospitals as the primary care diagnostic code for a long time，which not only leads to the chaotic state of non-standard and non-standardized primary care diagnosis，but also causes loss and error in the data collection，record and analysis in primary care. By summarizing the historical development of primary care diagnostic coding at home and abroad，

基金项目：国家自然科学基金资助项目（72104183）；上海市领军人才计划（YDH-20170627）；上海市医药卫生发展基金会课题（Se1201934）；上海市浦东新区卫生健康委员会青年科技项目（PW2020B-20）；上海市杨浦区中心医院学科带头人攀登计划（Ye2202103）

引用本文：周英达，瞿怡倩，李笑飞，等. 我国基层医疗诊断编码实施现况与优化策略［J］. 中国全科医学，2024. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0401.［Epub ahead of print］［www.chinagp.net］

ZHOU Y D，QU Y Q，LI X F，et al. Implementation status and optimization strategy of primary care diagnostic coding in China［J］. Chinese General Practice，2024.［Epub ahead of print］

this paper points out five main problems faced by China's primary care diagnostic coding: the lack of attention to primary care diagnostic coding, the lack of unified primary care diagnostic coding leads to the limited development of primary care function and quality in China, the disagreements about which international primary care classifications match the primary care diagnostic codes in China, the various challenges faced by the localization of primary care diagnostic coding, and the lack of talents and tools to evaluate and optimize primary care diagnostic coding in China. On this basis, combined with the development process of foreign primary care diagnostic coding, it is proposed that all parties in China should pay attention to the development of primary care diagnostic coding. While further promoting the construction of primary care information in line with international standards, the national unified primary care diagnostic coding standard should be formulated based on the current trial ICD-11 and ICPC-3 classification as soon as possible, and the sound training system for primary care diagnostic coding talents should be established to further implement and optimize primary care diagnostic coding in China.

**【Key words】** Clinical coding; Diagnostic code; Primary care; International classification of diseases; Classification of diseases; Information standardisation; Health services administration

医疗分类编码是将疾病的诊疗过程按照特定标准进行编码和分类，其在改善医疗管理效果、促进医疗质量控制以及为医疗保险和医学研究开展提供重要依据等各个方面都有着举足轻重的作用[1]。作为我国医疗服务体系的重要组成部分，基层医疗机构 2021 年全年诊疗人次已超 42 亿人次，占我国全部医疗卫生机构诊疗总人次的 50% 以上[2]，是我国卫生信息标准化建设的重中之重[3]。但由于我国基层卫生信息标准化建设的整体水平较差，基层医疗机构的疾病数据长期处于无法统计的"混乱状态"[4]。尽管近年来中央已大力开展基层卫生信息化建设，尝试初步构建了我国基层医疗分类体系[4]，但在实际临床诊疗中诊断不规范、不标准的问题依然屡见不鲜[5]，我国基层医疗诊断编码的实用性与适用性仍有待改善。因此，本研究通过梳理国内外基层医疗诊断编码发展与实施的历史和现况，剖析我国基层医疗疾病诊断编码面临的瓶颈问题与发展方向，提出进一步发展策略。

## 1 国际基层医疗诊断编码的发展过程及应用现状

国际疾病分类编码（International Classification of Diseases，ICD）是世界卫生组织（WHO）制定的标准疾病分类工具。在全科医学概念尚未形成的 20 世纪 50 年代左右，ICD 被广泛应用于包括基层在内的各级医疗机构中，协助医生对患者进行诊断编码，并对其病因或死因进行分类、管理和统计[6]。随着基层医疗的不断发展，ICD 在基层医疗机构的应用局限性也逐渐显现[7]。一方面，由于基层医疗资源受限与基层医疗机构本身的功能定位，部分疾病无法在基层医疗机构立即确诊[8]；另一方面，ICD 无法对患者的就诊原因、医疗过程和尚未解决的问题进行编码，而这正是全科医生在临床编码中最常面临的现实情况[9]。此背景下，世界家庭医生组织（WONCA）在 1972 年成立后，与 WHO 共同开发了国际基层医疗健康问题分类（International Classification of Health Problems in Primary Care，ICHPPC），首次尝试对基层医疗机构中的常见疾病、健康问题和诊疗流程进行分类，通过有效记录和跟踪患者的健康状况，为全科医学的研究和发展提供可靠的数据支持[10]。同时期，英国皇家全科医学院结合其本土的疾病和健康问题对当时的 ICD 与 ICHPPC 版本进行了修订和扩展，推出了与其学院同名的 RCGP 分类（Royal College of General Practitioners Classification of Diseases，RCGP）[11]。但由于 RCGP 过于本地化和 ICHPPC 疾病分类颗粒度较粗、开发较早且知晓率较低等原因，以上两种基层分类系统并未在全球范围内推广[12]。

1987 年，WONCA 在前期现有分类的基础上，开发了能够对健康档案中 SOAP 四个元素中患者的主观就诊原因（Subjective，S）、客观体征与辅助检查结果（Objective，O）、健康问题评估（Assessment，A）和健康问题处理计划（Plan，P）进行分类和编码的基层医疗保健国际分类（International Classification of Primary Care，ICPC）[13]，并在 1992 年正式应用于基层医疗。作为 WONCA 重点推广的基层医疗标准化分类工具，完善后的 ICPC 不仅能够对就诊原因、健康问题和医疗过程进行分类，还能够对全科医疗中常见的心理和社会问题进行分类，因此受到世界各国全科领域的关注和推崇[14]。随着 20 世纪末 ICPC-2 与 ICPC-2 电子版（ICPC-2-E）的出版，ICPC 在增加新分类和新代码后变得更准确和易于使用，并能和 ICD 之间进行有效连接与映射，产生良好的互补作用[15-16]。各国也在此基础上结合自身情况制定了适合自身的章节与条目，形成各种基于 ICPC 的本土化基层分类系统，如美国 ICPC 分类（ICPC-A）、欧洲 ICPC 分类（ICPC-E）、英国的 RCGP-2 等[11，13]。自此 ICPC 作为国际基层医疗分类的工具正式得到 WHO 的认可，并被超过 45 个国家用作本国的初级卫生保健数据分类的标准[17]。但由于语言受限及各地医

疗发展不均衡等原因，尽管 ICPC 在西方发达国家的全科领域应用日益广泛，但在以发展中国家为主的亚洲、非洲等地尚未被广泛接受[9]。WHO 意识到了这一点，并在修订新版本 ICD 时将编码范围不再局限于疾病与死因，更扩展到伤害、症状、就诊原因、影响健康状况的因素及疾病的外部原因等方面。在此条件下推出的 ICD-10 因其较广泛的应用范围，被 ICPC 尚未普及的国家和地区接纳，成为目前世界上应用最为广泛的版本，沿用至今[18]。

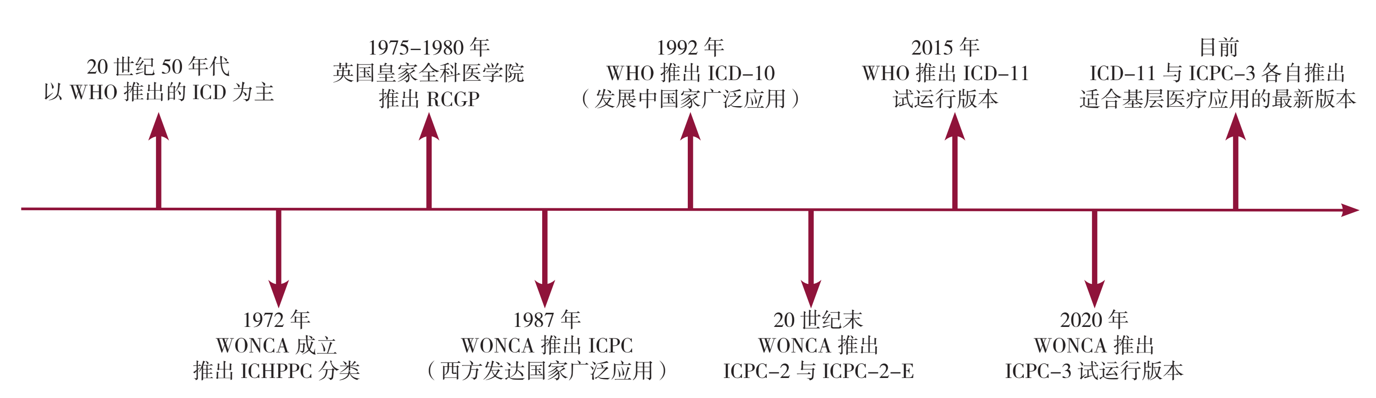
不过随着医疗精细化管理和医疗付费对疾病分类体系的要求越来越高，ICD-10 和 ICPC-2 已逐渐无法满足全球日益增长的基层医疗和管理需求，WHO 和 WONCA 分别在 2015 年和 2020 年发布了新版本 ICD-11 和 ICPC-3 进行测试使用[18-19]。其中，ICD-11 为了满足不同医疗机构的疾病分类需求，特别推出了可供医疗资源较差的基层医疗机构（Primary Care Low Resources Settings，PCL）和具有中等医疗资源的基层医疗机构（Primary Care Intermediate Resources Settings，PCM）使用的线性分类组合 ICD-11-PCL 和 ICD-11- PCM[20]；而 ICPC-3 则在原有就诊原因、诊断和 / 或健康问题以及诊疗过程三个要素的基础上，添加了与功能相关的信息作为第四个主要要素，并能映射至几乎所有的其他国际主流分类编码［如 ICD-10 与 ICD-11；国际功能、残疾和健康分类法（International Classification of Functioning，Disability and Health，ICF）；临床术语分类，如医学的系统化命名法 - 临床术语（SNOMED-CT）］，进一步凸显全科医生“以人为中心”的诊疗优势[19]。目前，各国家和地区也正依据其自身医疗体系和医疗发展程度，选择适宜自己国家基层医疗的分类工具进行试行和应用。国际基层医疗诊断编码发展情况详见图 1。

## 2 我国基层医疗诊断编码发展现况

我国全科医疗卫生信息化建设起步较晚，基层医疗机构长期以来采用国家标准化管理委员会结合 ICD 等分类发布的《疾病分类与代码》作为基层医疗编码使用[21]，并未从综合性医院使用的疾病分类中单独分化出来，这对于我国基层医疗机构就诊数据的统计和研究造成了阻碍。为了规范基层医疗机构常见疾病诊断名称和代码，国家卫生计生委统计信息中心于 2014—2016 年与中国医学科学院北京协和医院病案科 /WHO 国际分类家族合作中心在《疾病分类与代码》和《中医病证分类与代码》国家标准的基础上，结合 ICD-10 分类初步研制及修订了《基层医疗疾病分类体系》[4]。但截至目前，该分类体系尚未在我国大面积试点和推广。各地基层医疗机构使用的疾病分类极不统一，目前主要以 ICD-10、ICPC 和中医病证分类与代码（GB/T 15657-2021）3 种分类编码及其衍生出的医疗分类为主，但仅 ICD-10 分类就在地方上有多个内容不尽相同的衍生版本[22]，导致我国目前的全科医疗分类与诊断处于无序、混乱的状态。2021 年，深圳市卫生健康委员会牵头编制了涵盖 41 048 条编码的《深圳市全科诊断分类与编码系统》，并提出《关于开展深圳市全科疾病诊断编码使用试点工作的通知》，在福田区和宝安区试点使用；望以此为契机实现加快全科医学体系建设，促进社区基层医疗机构全科疾病诊断规范化、标准化的目标[23]。尽管该诊断术语和编码集的构建基础仍是 ICD-10，其在真实全科诊疗领域中的有效性仍有待观察，但该全科诊断分类与编码系统的成功构建与试点，意味着我国基层医疗诊断编码的发展与研究已步入了新的阶段[24]。

## 3 我国基层医疗诊断编码发展中面临的问题

如上文所述，我国基层医疗诊断编码发展处于初始阶段，基层医疗机构长期以来沿用综合性医院的疾病分类作为诊断编码使用。本文根据既往疾病分类在基层医疗机构的应用情况与相关方向的研究结果，总结出当前我国基层医疗诊断编码主要面临以下几个问题。




注：WHO= 世界卫生组织，ICD= 国际疾病分类编码，WONCA= 世界家庭医生组织，ICHPPC= 国际基层医疗健康问题分类，ICPC= 基层医疗保健国际分类，ICPC-2-E=ICPC-2 电子版

**图 1** 国际基层医疗诊断编码发展情况

**Figure 1** Development of international primary care diagnostic coding



**3.1 各方对基层医疗诊断编码的重视程度不足**

尽管我国已逐步开展基层医疗诊断编码的相关研究，但大多都局限于理论研究层面，且缺乏统一的目标和有效的串联，存在明显的“碎片化”现象[4，21，23-24]。以各地区使用不同的ICD-10分类衍生版本为例，虽然由于我国地域广阔和大量的人口基数衍生了较多的地方性疾病和特殊性疾病，确实有各地结合本地疾病谱和地方疾病特征进行医疗分类本土化的需要[25]，但无论是政府层面、机构层面、全科医生层面或是相应的全科监管和质量控制机构层面，均未形成有效的合作网络，也未对目前基层医疗分类与诊断乱象的改善提出过自上而下或自下而上统一的指导、建议和需求反馈。由此可见，各方对于基层医疗诊断编码的重视程度依然不足。事实上，规范的基层医疗诊断编码不仅能够有效提高全科医生编码诊断的准确率，更有助于我国基层医疗数据的统计与研究，从而促进我国全科自身发展及同国际的交流与合作[26]

**3.2 缺乏统一的基层医疗诊断编码导致我国全科高质量发展受限**

由于缺乏统一的基层医疗诊断编码，国内多地在全科诊疗中允许医生自行撰写和输入诊断名称，产生了大量定义不详、不规范的疾病诊断名称。如深圳市某行政区曾允许全科医生自行撰写诊断术语，导致该区社区诊断名称类别一度高达8万余种，这给规范基层医疗诊断和分析基层诊疗数据造成了巨大的障碍[24]。针对这一问题，虽然不少地区已将社区病案质量管理列为全科质量控制的核心管理目标并采取了积极的干预措施，但诊断无依据、诊断名称不规范的问题始终没有得到明显的改善[27]。其原因很有可能是由于当前基层医疗诊断编码的不统一，使全科医生在编码诊断时无法进行纵向分析和横向比较所导致的[27]。此外，准确的病种分类已被证实有利于分级诊疗秩序的建立与应用[28]，长期缺乏统一的基层医疗诊断编码，不仅将让我国全科发展在病案管理、基层信息标准化建设等方向明显受阻，更可能导致全科“社区首诊、双向转诊”的功能定位难以落实，是全科高质量发展中亟待解决的瓶颈问题。

**3.3 统一的基层医疗诊断编码应与何种国际基层分类匹配存在分歧**

我国既往构建全科医疗分类与疾病诊断编码时，多通过提取基层医疗机构的门诊诊断进行清洗与筛选，再比照现有的ICD分类进行重新编码[4]。虽然国内有研究通过基层门诊服务数据与ICD-10相匹配，得到目前ICD-10分类已基本能覆盖基层日常非中医类门诊服务的结果[29]。但国内外也有多项研究表明，目前的ICD分类既不能满足全科医学的编码需求，其过于细化的分类也并不适合在全科应用[30]。德国的一项研究显示，在209名全科医生对8 877名随机患者重新进行ICD-10编码后，得到ICD-10分类（尤其是其中的第三位、四位编码）并不适合全科医学的结论[31]。尽管德国全科医疗系统曾强制全科医生通过ICD-10分类来记录患者的症状或疾病[8]，但当地的另一项研究证实，在大部分受调查全科医生认为自己熟知ICD-10分类标准的前提下，仍有超过一半的全科医生认为ICD分类无法满足他们日常全科诊疗的需要[32]。而在尚未接受ICPC分类的亚洲与非洲地区，ICPC分类与ICD分类的对比研究也正逐步展开，ICPC在全科领域的优势正逐渐被证实[9，33]。此外，随着我国全科医学和社区卫生科研的不断发展，也有越来越多的研究显示出ICD-10分类在我国全科领域应用的局限性：全科医生对于临床中占比较大的社区未分化疾病缺乏相应的诊疗能力[34]，在现有的ICD-10分类下全科医生诊断这类疾病时随意性强，相同的症状往往被定义为完全不同的诊断编码[35]，极易造成全科医疗数据的混乱。目前WHO推出的ICD-11已逐渐在我国开始应用，WONCA推出的ICPC-3也已在国际上试行。尽管两种分类在原有的基础上针对全科医疗甚至传统中医领域补充了不少内容，但国内外对于应将何种分类应用于全科仍存在争议[26]。

**3.4 基层医疗诊断编码本土化面临诸多挑战**

无论哪一种国际基层分类编码，构建的主要目的均是为了便于各国基层医疗数据统计与国际交流，其分类一般不要求过于细化、编码数量也不宜过多[36]。我国如何根据国情和全科特点将国际基层医疗诊断编码本土化，也面临着诸多挑战：（1）国际基层分类编码与我国实际应用的医疗标准存在差异。有研究表明，现有的国际基层分类编码在部分肿瘤病理分型、神经症、躯体形式障碍诊断标准等许多病理分型与诊断标准和其他细节上都与我国现用的各类标准有所差异[37]，如何适当扩展、删除和完善相关条目，修订为我国全科适用的医疗分类版本，需要多学科、多部门的通力合作。（2）地方差异与全国标准化的要求存在矛盾。我国国情决定了各地按照地方疾病谱和疾病特征自行调整和完善基层医疗诊断编码是有其必要性的[26]。但各地分而治之的基层医疗诊断编码，势必会延续当前各地分类编码混乱的现况，不利于各基层医疗机构之间以及国家层面的数据共享与深度利用。如何在地方差异与统一标准之间寻求平衡，是基层医疗诊断编码本土化的又一难题。（3）我国基层医疗诊断编码的研究、推广与更新存在滞后。目前WHO推出的国际疾病分类已更新至ICD-11、WHO推出的ICPC也已更新至ICPC-3，但在我国实际应用过程中，基于ICD-10制定的《基层医疗疾病分类体系》仍尚未全面推广[4]。而近年来最新的基层医疗诊断编码研究依旧围绕ICD-10、ICPC-2来展开，

研究成果的实际应用效果必定大打折扣。且每个大版本的 ICD 与 ICPC 一般每年都会更新一次小版本（如 ICD-10 每半年至一年更新一次）[20]，我国基层医疗诊断编码如何实现“弯道超车”并对国际新版本做到同步更新，也是基层医疗诊断编码本土化需要解决的问题之一。（4）融合中医分类任重而道远。中医作为我国的传统医学发展至今，已具备了丰富的诊疗经验和临床效果，也具有与西医全科不同的独特优势。2022 年国家中医药管理局联合国家卫生健康委员会等多个部门，联合发布《基层中医药服务能力提升工程“十四五”行动计划》，再次强调了全科发展中医的方向与目标[38]。虽然我国目前已制定了《中医病证分类与代码》，但中医的理论体系、病因机制、诊疗方案均与全科有着较大的差别，其是否适合于基层全科还有待进一步验证。

### 3.5 我国缺乏实施优化基层医疗诊断编码的人才与工具

事实上，从各种分类编码产生的背景来看，几乎所有的医疗分类，都是基于已有的诊断和诊疗数据产生的，是为了统计分类而对病因、死因等医疗情况所作的标识[39]。可能是出于规范诊断的要求和避免后期编码工作繁琐的原因，如今大部分国家与地区通常直接将各医疗分类重新修订后作为医生的临床诊断集，是具有一定科学性与可行性的。但由于标识名常与疾病诊断相同或相近，大部分人都简单地认为医疗编码就是诊断，这其实是一种错误的观念[39]。在此大背景下的基层医疗诊断编码，就需要有专业的全科医生或编码员来参与实施与优化。这是因为：一方面，他们本身对全科医学知识有较为充分的了解；另一方面，他们经过专业培训后能够掌握基层医疗诊断编码原则。这样，才能对现有的医疗分类做出有价值的评价和优化，从而完善全科临床诊断集，再进一步优化已有的医疗分类，实现持续的良性循环。但目前我国基层的专业编码人才严重匮乏，少有的编码人才对于全科医学知识也没有充分的了解，并且缺少相应的评价工具和监督检查机制[40]，导致基层医疗诊断质量、医疗分类编码质量都以满足现有的医保或质量控制考核为目的，缺乏进一步优化的潜力与动力[41]。

## 4 我国基层医疗诊断编码发展策略

在“以人为中心”的全科医学学科内涵特征与思维要素的决定下，全科医学常通过预防与纠正（诊疗）两个相互关联的路径来实现健康目标，而非仅诊治疾病，这与综合性医院的临床诊疗内容大不相同[42]。而从“以人为中心”延伸出的整体观和系统性两个全科医学思维要素，则需要全科医生能够从整体和系统的角度透视个体的健康需求、为卫生服务提供策略[43]。所以无论在内容方面还是需求方面，全科诊疗与综合性医院的临床诊疗都存在较大的差异，基层医疗若是沿用综合性医院的疾病诊断编码，势必会造成全科医生在管理患者过程中所收集、记录、分析的数据出现缺失和误差。而一个适合于全科医生的诊断编码术语集，除了能够起到规范全科诊断、提高全科诊断编码质量的作用之外，更意味着全科医生能够在诊疗与管理患者过程中，收集到更多基于全科思维要素下才能显现的数据与信息[30]。这些数据信息不仅能够引导全科医生更好地从“以人为中心”的全科视角看待基层医疗中的相关问题，更可能为全科医学的学科发展研究带来全新的视角[44]。通过结合我国基层医疗编码发展现况与问题，本文提出我国基层医疗诊断编码发展的策略如下。

### 4.1 各方应对基层医疗疾病诊断编码发展给予更多的重视

在基层医疗诊断编码的编制和应用过程中，政府、医疗机构和编码人员都有各自的职责和作用。政府应出台相应的政策并制定相关的保障措施和配套措施制定规范标准、组建基层医疗诊断编码相关的编制团队与管理团队，对基层医疗诊断编码的应用做好监督和评估，以确保分类标准的准确性、实用性和科学性；医疗机构应在积极落实基层医疗诊断编码应用的同时，提高医疗分类相关应用人员的能力，规范其操作流程，并及时反馈医疗分类的应用效果和问题，为进一步优化基层医疗诊断编码提供有力的支撑；编码人员应加大对基层医疗诊断编码的学习和理解，熟练掌握相关的分类方法，并针对应用结果进行汇总和上报。因此，各方应充分意识到基层医疗诊断编码对于全科医学发展和基层卫生信息标准化的作用，通过加强彼此间合作，共同推进基层医疗诊断编码的应用，使全科分类标准不断完善和优化。

### 4.2 基于 ICD-11 与 ICPC-3 分类尽快制定全国统一的基层医疗疾病诊断编码标准

从目前国际基层医疗诊断编码发展与应用现况来看，ICD-11 与 ICPC-3 分类是当前国际全科领域研究与实施最为广泛的两个版本，且两者都推出了适合全科应用的线性分类[19-20]。建议我国可基于 ICD-11 与 ICPC-3 分类制定全国统一的基层医疗疾病诊断编码标准，从而改善我国既往医疗分类与诊断编码研究、推广都滞后于国际全科的窘境。在我国各地疾病特征和地方疾病谱差异不可避免的前提下，各地应在分类编码时尽量遵循已有的全科编码标准和原则，同时根据自身情况进行适当的调整和补充。并在统一我国基层医疗诊断编码与诊断编码标准时，通过比较国际现有分类编码的优缺点与异同，在广泛征求全科专家、医疗机构和相关人员的意见和建议的基础上，充分考虑实际应用需求并通过加强各地医疗信息化建设的协调和统一，推动国内全科医疗信息系统的互联互通和数据共享，降低因地方性疾病不同而导致的分类编码差异的影响，逐步形成和完



善全国统一的基层医疗诊断编码标准。

### 4.3 建立健全的基层医疗疾病诊断编码人才培养体系

在基层医疗诊断编码人才培养方面，可以从现有全科医生的继续教育培养以及高校专业人才的培养两方面来进行。全科医生本身对于全科知识和疾病分类有比较充分的了解，在经过分类编码知识的培训和继续教育之后，能够真正理解基层医疗诊断编码的编码原则、掌握查阅工具的方法，确保分类编码工作的顺利进行，也相对能够保证全科分类编码的准确性[45]。此外，高校也应从我国全科的实际需求出发，借鉴国际医学分类编码人才培养体系，将其纳入全科发展的战略规划当中，建立一支能够有效改善基层医疗诊断编码现况并促进全科医学进一步发展的编码人才队伍。

### 4.4 推动基层医疗信息建设与国际接轨

医疗信息化建设在医疗分类的应用和优化中能够起到有效的支持作用[21]。与其他发达国家相比，我国的医疗信息标准化存在各地标准不统一、缺乏有效的应用指导、医疗机构参与度低等问题[46]。推动基层医疗信息化建设，不仅能够促进各级医疗机构之间的信息和数据比对与共享，使基层医疗诊断编码应用于分级诊疗、双向转诊的可行性增加；也能够作为分类编码工具，对全科医生与编码人员在应用基层医疗诊断编码时起到引导、规范以及纠正等作用[47]。建议政府及相关部门在已有的政策支持下，加快推进有效、科学的基层医疗数据标准化建设，为基层医疗诊断编码的编制与应用提供更大的支持。

## 5 我国基层医疗诊断编码发展的未来展望

完善的基层医疗诊断编码，对于进一步了解我国全科医疗发展现况与需求、构建我国真实准确的全科医疗疾病谱等方面都有着重要的意义。要实现我国基层医疗编码与医疗分类的编制和应用，需要由政府部门、医疗机构和相关人员自上而下的共同努力。目前，在我国大力开展基层医疗卫生信息标准化建设的同时，应将建设基层医疗编码与医疗分类作为有效的着力点之一，针对我国基层医疗诊断编码发展中面临的关键问题寻求有效的突破口，从而推动我国全科医学向专业化、国际化的方向发展。

作者贡献：周英达进行文章的构思、设计与撰写；瞿怡倩、李笑飞进行文章的修改；卓书雄、杨郁进行资料收集与整理；金花进行结果的分析与解释；于德华进行文章的质量控制与审校，并进行总体的监督管理。

本文无利益冲突。

ORCID 于德华：https://orcid.org/0000-0001-7652-938X

## 参考文献

[1] 董方杰，李岳峰，杨龙频，等. 我国卫生健康信息标准工作进展与展望［J］. 中国卫生信息管理杂志，2019，16（4）：400-405. DOI：10.3969/j.issn.1672-5166.2019.04.04.

[2] 国家卫生健康委员会统计信息中心. 2022 中国卫生统计年鉴［R/OL］.（2023-05-17）［2023-12-19］. http://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/tjtjnj/202305/6ef68aac6bd14c1eb9375e01a0faa1fb.shtml.

[3] 中共中央，国务院. "健康中国 2030" 规划纲要［A/OL］.（2016-10-25）［2023-05-06］. http://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm.

[4] 张萌，慈璞娴，刘海民，等. 我国基层医疗疾病分类体系的设计与构建［J］. 中国病案，2017，18（2）：33-36. DOI：10.3969/j.issn.1672-2566.2017.02.013.

[5] 周婧雅，白雪，崔胜男，等. 我国 ICD-10 疾病分类编码质量的系统评价［J］. 中国医院管理，2015，35（12）：32-35.

[6] 杨天潼，尤萌. 国际疾病分类（ICD）的发展史［J］. 证据科学，2014，22（5）：622-631. DOI：10.3969/j.issn.1674-1226.2014.05.010.

[7] LAMBERTS H，WOOD M，HOFMANS-OKKES I M. International primary care classifications：the effect of fifteen years of evolution［J］. Fam Pract，1992，9（3）：330-339. DOI：10.1093/fampra/9.3.330.

[8] POHONTSCH N J，ZIMMERMANN T，JONAS C，et al. Coding of medically unexplained symptoms and somatoform disorders by general practitioners - an exploratory focus group study［J］. BMC Fam Pract，2018，19（1）：129. DOI：10.1186/s12875-018-0812-8.

[9] CHO M R，KWON Y J，KIM S H，et al. Comparison between the international classification of primary care and the international classification of diseases classifications in primary care in Korea［J］. Korean J Fam Med，2022，43（5）：305-311. DOI：10.4082/kjfm.22.0119.

[10] FROOM J. The international classification of health problems for primary care［J］. Med Care，1976，14（5）：450-454. DOI：10.1097/00005650-197605000-00007.

[11] SCHNEEWEISS R，STUART H W Jr，FROOM J，et al. A conversion code from the RCGP to the ICHPPC classification system［J］. J Fam Pract，1977，5（3）：415-424.

[12] HOFMANS-OKKES I M，LAMBERTS H. The International Classification of Primary Care（ICPC）：new applications in research and computer-based patient records in family practice［J］. Fam Pract，1996，13（3）：294-302. DOI：10.1093/fampra/13.3.294.

[13] 路孝琴，梁万年，贾庆春，等. 基层医疗国际分类（ICPC）及其在全科家庭医疗中的应用［J］. 中国全科医学，2003，6（1）：86-88. DOI：10.3969/j.issn.1007-9572.2003.01.049.

[14] 梁万年. 点评：关于基层医疗国际分类［J］. 中华全科医师杂志，2004，3（5）：310. DOI：10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2004.05.012.

[15] World Organization of National Colleges，Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. ICPC-2：international classification of primary care［M］. 2nd ed. Oxford：Oxford University Press，1998.

[16] SOLER J K，OKKES I，WOOD M，et al. The coming of age of

ICPC：celebrating the 21st birthday of the international classification of primary care［J］. Fam Pract，2008，25（4）：312-317. DOI：10.1093/fampra/cmn028.

［17］World Health Organization. Family of international classifications［R］. Geneva：WHO，2004.

［18］张萌，廖爱民，刘海民，等. ICD-11 与 ICD-10 分类体系的对比研究［J］. 中国病案，2016，17（6）：21-24.

［19］NAPEL H T，VAN BOVEN K，OLAGUNDOYE O A，et al. Improving primary health care data with ICPC-3：from a medical to a person-centered perspective［J］. Ann Fam Med，2022，20（4）：358-361. DOI：10.1370/afm.2830.

［20］百度百科. 国际疾病分类 ICD-10［EB/OL］.（2021-01-25）［2023-05-06］. https://baike.baidu.com/item/ICD-10?fromModule=lemma_search-box.

［21］倪宁. 基层医疗卫生信息系统在锦州市的应用［J］. 中国卫生信息管理杂志，2013，10（5）：414-419. DOI：10.3969/j.issn.1672-5166.2013.05.08.

［22］杨兴宇，王贺男，于丽华，等.《中国临床疾病诊断规范术语集》的临床应用与实践［J］. 中国卫生经济，2021，40（4）：27-29.

［23］福田政府在线. 福田区正式试点上线深圳市全科疾病诊断编码［EB/OL］.（2021-10-11）［2023-05-06］. http://www.szft.gov.cn/bmxx_qt/qskfwzx/gzdt/content/post_9241099.html.

［24］洪玉纯，吴华，杜宜珊，等. 全科医学诊断术语和编码研制及其应用的实证研究［J］. 中国全科医学，2023，26（31）：3896-3901. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0718.

［25］乐婉贞. 浅谈如何提高 ICD-10 分类的准确性［J］. 实用医技杂志，2003，10（10）：1169-1170. DOI：10.3969/j.issn.1671-5098.2003.10.082.

［26］吕传禄，王侠，曹洪欣. 国际疾病分类第 10 次修订本本地化研究的思考［J］. 海军医学杂志，2016，37（2）：190-191. DOI：10.3969/j.issn.1009-0754.2016.02.032.

［27］王冬梅，胡云岭，梁金凤. 医疗联合体内病案质量控制体系及应用效果［J］. 中国病案，2019，20（6）：18-20. DOI：10.3969/j.issn.1672-2566.2019.06.008.

［28］温慧兰，卢耀能，罗以娟，等. 病种分类对推进分级诊疗制度建设的影响［J］. 现代医院，2020，20（11）：1593-1596. DOI：10.3969/j.issn.1671-332X.2020.11.011.

［29］黄艳丽，倪志刚，吴行伟. 结合真实世界数据的社区卫生服务机构 ICD-10 应用效果和影响因素研究［J］. 中国全科医学，2021，24（13）：1607-1615. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.193.

［30］KÜHLEIN T，VIRTANEN M，CLAUS C，et al. Coding in general practice-will the ICD-11 be a step forward?［J］. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz，2018，61（7）：828-835. DOI：10.1007/s00103-018-2750-y.

［31］WOCKENFUSS R，FRESE T，HERRMANN K，et al. Three- and four-digit ICD-10 is not a reliable classification system in primary care［J］. Scand J Prim Health Care，2009，27（3）：131-136. DOI：10.1080/02813430903072215.

［32］ZIMMERMANN T，KADUSZKIEWICZ H，BUSSCHE H V，et al. Reliability of morbidity data reported by GPs. Results of a longitudinal study in primary care［J］. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz，2012，55（2）：260-269. DOI：10.1007/s00103-011-1414-y.

［33］OLAGUNDOYE O A，VAN BOVEN K，VAN WEEL C. International classification of primary care-2 coding of primary care data at the general out-patients' clinic of general hospital，Lagos，Nigeria［J］. J Family Med Prim Care，2016，5（2）：291-297. DOI：10.4103/2249-4863.192341.

［34］周英达，卓书雄，金花，等. 上海市社区全科医生对未分化疾病认知度和诊疗能力的自我评价研究［J］. 中国全科医学，2021，24（31）：3979-3985. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.304.

［35］娄铮，刘颖，任菁菁. 全科医生对未分化疾病诊治观点的质性研究［J］. 中国现代医生，2022，60（32）：16-19，24.

［36］侯丽，李亚子，李姣. 国内健康数据标准 ICD 应用现状及对策探析［J］. 中华医学图书情报杂志，2014，23（9）：12-16. DOI：10.3969/j.issn.1671-3982.2014.09.003.

［37］李凌江，周建松. ICD-10 神经症、应激相关障碍及躯体形式障碍诊断标准在中国的应用情况与修改建议［J］. 中国心理卫生杂志，2009，23（7）：509-512. DOI：10.3969/j.issn.1000-6729.2009.07.015.

［38］中医药局，卫生健康委，发展改革委，等. 关于印发基层中医药服务能力提升工程“十四五”行动计划的通知［A/OL］.（2022-03-08）［2023-05-06］. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-03/31/content_5682724.htm.

［39］郑巍. 从 HQMS 看统一临床诊断字典的必要性和迫切性［C］// 广东省医院协会. 2014 年华南医院信息网络大会论文集. 广州：广东省医院协会，2014：403-406.

［40］李旭，吴清安，尹晓丹，等. 国际疾病分类编码在基层医院的应用现状分析［J］. 中国卫生产业，2017，14（7）：184-185. DOI：10.16659/j.cnki.1672-5654.2017.07.184.

［41］金花，易春涛，倪衡如，等. 社区卫生服务中心全科医学临床质量状况及存在问题分析［J］. 中国全科医学，2022，25（1）：35-42. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.335.

［42］于德华. 全科医学思维引导下的科学研究构思［J］. 中国全科医学，2023，26（31）：3872-3876. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0053.

［43］翟佳燚，陆媛，葛许华，等. 基于胜任力的全科临床诊疗思维课程设计与实施［J］. 中华医学教育杂志，2022，42（12）：1079-1082. DOI：10.3760/cma.j.cn115259-20220502-00566.

［44］孔憧宇. ICPC 在国际全科诊疗中的应用［J］. 中文科技期刊数据库（全文版）医药卫生，2022（1）：48-50.

［45］张忻怡，谢明. 中美卫生领域医学分类编码的对比与启示［J］. 中国病案，2018，19（9）：9-12. DOI：10.3969/j.issn.1672-2566.2018.09.004.

［46］王春刚，胡欣. 分析医疗信息标准化建设存在的主要问题及对策［J］. 中国保健营养，2019，29（24）：338.

［47］王文君，周道平，徐舒曼，等. 基于 logistic 模型分析住院医师病案首页填写质量影响因素［J］. 中国卫生统计，2016，33（2）：261-263.

（收稿日期：2023-10-12；修回日期：2023-12-24）
（本文编辑：杨允利）